

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

первичный продолжение листа
дубликат нетрудоспособности №

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

Дата выдачи - - (ОГРН)

Ф
И
О
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Печать
медицинской
организации

М Ж Причина нетрудоспособности код дол код изм.

(место работы-наименование организации)

Состоит на учёте
в государственных
учреждениях
службы занятости

Основное По совместительству №

по уходу дата 1 дата 2 № путевок ОГРН санатория или клиники НИИ

возраст (лет/мес.) родственная связь ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима Дата Подпись врача:

Находился в стационаре: с - - по - -

Дата направления в бюро МСЭ: Установлена/изменена группа инвалидности

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: Подпись руководителя бюро МСЭ

Освидетельствован в бюро МСЭ: Подпись руководителя бюро МСЭ

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

| С какого числа | По какое число | Должность работника | Фамилия, имя и отчество работника или идентификационный номер | Подпись врача |
|----------------|----------------|---------------------|---|---------------|
| - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - |

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ Иное: - -

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Подпись врача:

Печать
медицинской
организации

(место работы-наименование организации)

Основное По совместительству

Регистрационный № / Код подчинённости

ИНН нетрудоспособного (при наличии) СНИЛС

Печать
работодателя

Условия исчисления Акт формы Н-1 от - -

Дата начала работы Страховой стаж: лет мес. в т.ч. нестраховые периоды: лет мес.

Причитается пособие за период: с - - по - -

Средний заработок для исчисления пособия: р к. Средний дневной заработок р к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя р к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации р к. ИТОГО НАЧИСЛЕНО р к.

Фамилия и инициалы руководителя: Подпись

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: Подпись

линия отреза

000000000

первичный продолжение листа
дубликат нетрудоспособности №



001 234 567 891

Ф
И
О
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

№ истории болезни

(место работы-наименование организации)

Дата выдачи

Основное По совместительству №

расписка
получателя

завершается в архиве и сохраняется в медицинской организации

